

УДК 616.37-006.2-072.1

ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПСЕВДОКИСТАМИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

В.Ю. Малюга, С.В. Давыдова, А.Е. Климов, А.С. Габоян, А.А. Куприн, В.В. Новоселова

Российский университет дружбы народов (117198 г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, 8)

Ключевые слова: поджелудочная железа, хронический панкреатит, псевдокиста, эндоскопическое дренирование.

В клинике факультетской хирургии РУДН на базе ГКБ № 64 г. Москвы с 2006 по 2011 г. находились на лечении 24 пациента с псевдокистами поджелудочной железы. При эндоскопической ретроградной холангиопанкреатикографии связь кисты с вирсунговым протоком выявлена в 75 % случаев: проводились эндоскопические транспапиллярные вмешательства. При наличии псевдокист, не сообщавшихся с главным панкреатическим протоком, а также при псевдокистах больших размеров выполнялось эндоскопическое трансгастральное или трансдуоденальное дренирование. Послеоперационные осложнения возникли у 1 больного. Эффективность эндоскопического метода подтверждена наблюдением в срок от 6 мес до 5 лет: у 19 больных произошел полный регресс кист, рецидив зарегистрирован в 1 случае.

Актуальность вопроса хирургического лечения кистозных образований поджелудочной железы (ПЖ) определяется неуклонным ростом заболеваемости острым и хроническим панкреатитами [9]. В 6–50 % наблюдений жидкостные образования в органе формируются после острого панкреатита, хронический панкреатит, по данным различных авторов, осложняется кистозными образованиями ПЖ в 20–40 % случаев. Частота осложнений и летальность при псевдокистах сохраняются на высоком уровне [1–4, 10, 12]. Инфицирование содержимого псевдокист возникает в среднем в 20 % случаев, при этом послеоперационная летальность варьирует от 28 до 67 %. Частота такого грозного осложнения, как аррозивное кровотечение (в полость кисты, в брюшную полость или полые органы желудочно-кишечного тракта) составляет 1,6–20 %, а частота перфорации псевдокист – 20 % от числа всех осложнений. Наиболее опасной является перфорация с прорывом содержимого в брюшную полость и развитием перитонита. Сдавление различных отделов желудочно-кишечного тракта псевдокистами ПЖ диагностируется в 3–4 %, а малигнизация – в 1,7–3,1 % наблюдений [1, 4, 5, 7, 13, 14].

Высокий уровень осложнений и летальности заставляет искать новые способы лечения кистозных образований ПЖ у пациентов с хроническим панкреатитом. Широкое применение здесь эндоскопических методов дренирования связано с низким уровнем послеоперационных осложнений (8–34 %), летальности (0–1 %) и с высокой эффективностью метода (70–92 %) [6]. Сегодня эндоскопическое дренирование псевдокист ПЖ получило широкое распространение и выполняется у более чем 60 % пациентов [5, 7, 8, 11, 13–15].

Малюга Виктор Юрьевич – канд. мед. наук, доцент кафедры факультетской хирургии РУДН; e-mail: mvu70@mail.ru

Цель исследования: оценить эффективность эндоскопического лечения пациентов с хроническим панкреатитом и псевдокистозными образованиями поджелудочной железы.

Материал и методы. Проведен анализ результатов лечения 24 больных с постнекротическими кистами ПЖ (21 мужчина и 3 женщины), находившихся на лечении в клинике факультетской хирургии Российского университета дружбы народов на базе ГКБ № 64 г. Москвы с 2006 по 2011 г. Средний возраст пациентов – $45,2 \pm 13,1$ г. Причиной хронического панкреатита во всех случаях явилось злоупотребление алкоголем. У 6 больных в анамнезе имелись сведения о перенесенном панкреонекрозе. В 3 случаях псевдокисты сочетались с хроническим «головчатым» панкреатитом, в 8 – имелось сочетание кистозных образований с калькулезной формой хронического панкреатита. Стриктура главного панкреатического протока (ГПП) диагностирована у 11 пациентов. Наиболее часто кисты локализовались в области головки (64,8 %), реже в теле (21,6 %) и хвосте (13,6 %) ПЖ.

Диагноз и локализация псевдокист устанавливались с помощью трансабдоминального ультразвукового исследования, спиральной компьютерной томографии, эндоскопической ультрасонографии. Важным моментом в выборе лечебной тактики служило определение связи псевдокисты с протоковой системой ПЖ. С этой целью выполнялась эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатикография, выявившая сообщение кисты с ГПП у 18 больных. Основными показаниями для активной тактики лечения служили абдоминальный болевой синдром (20 случаев), механическая желтуха (7 случаев), нагноение псевдокисты (3 случая) больных. В 2 наблюдениях бессимптомного течения заболевания показанием к операции служила длительная персистенция кист, диаметр которых превышал 4 см.

В зависимости от наличия связи кисты с протоковой системой ПЖ и выполненных эндоскопических манипуляций (транспапиллярных или трансмуральных) больные условно разделены на три группы: 1-я группа – 12 пациентов, у которых была выявлена связь между полостью псевдокисты и ГПП; 2-я группа – 6 пациентов, у которых сообщение между полостью псевдокисты и ГПП отсутствовало; 3-я группа – 6 пациентов, у которых полость псевдокисты сообщалась с ГПП, но при этом оказалась невозможной селективная канюляция проксимальной части протока.

Результаты исследования. В 1-й группе выполнялись эндоскопические транспапиллярные вмешательства в объеме вирсунготомии, бужирования и/или баллонной дилатации стриктуры ГПП, эндопротезирования протока, цистоназального или назопанкреатического дренирования. При этом наилучший результат достигался только в том случае, если конец дренажа или стента располагался проксимальнее дефекта стенки ГПП. Декомпрессия приводила к уменьшению размеров псевдокист в течение ближайших дней. У 8 человек с признаками желчной гипертензии эндоскопическое дренирование сочеталось с билиарным эндопротезированием. При кистах диаметром не более 6 см выполнялось эндопротезирование ГПП (рис. 1).

В 2 случаях с диаметром псевдокист более 15 см (средний объем – 2 л) после вирсунготомии и баллонной дилатации ГПП было отмечено активное поступление содержимого кисты из протока. Вмешательство здесь было завершено эндопротезированием ГПП, цистоназальным или назопанкреатическим дренированием через его устье. Для дренирования применяли полимерные рентгеноконтрастные трубки длиной 120–150 см и диаметром 5–7 Fr с множеством отверстий на конце, оставляемые в просвете протока или кисты. Положительные стороны цистоназального или назопанкреатического дренирования: возможность контролировать объем жидкости (панкреатический сок, содержимое кисты), оттекающей по дренажу, промывать полость кисты, проводить контрольные фистулографии. Сроки стояния дренажа определялись клиническими, лабораторными и инструментальными параметрами и составили от 7 до 16 суток. При регистрации признаков инфицирования псевдокисты по дренажам проводилось промывание протоков и самих кист растворами антисептиков (0,5–1 % диоксидин) не менее 5–6 раз в сутки до ликвидации клинических и лабораторных признаков воспалительных изменений.

Пациентам 2-й группы выполнялись трансмуральные вмешательства в объеме эндоскопической трансдуоденальной цистодуоденостомии (5 случаев) или эндоскопической трансгастральной цистогастростомии (1 случай). Основным показанием для наложения трансмурального соустья считали наличие хорошо визуализируемого выпухания стенки желудка или двенадцатиперстной кишки в проекции кисты. Торцевым папиллотомом в месте наибольшего выпухания формировалось соустье, по нитиноловому проводнику проводилось его расширение баллонным дилататором диаметром 8 мм. Вмешательство завершали установкой пластиковых стентов и цистоназального дренажа (рис. 2, 3).

У 5 пациентов 3-й группы вмешательство завершили установкой стента в полость кисты через устье ГПП (транспапиллярная цистодуоденостомия). У 1 больного после эндоскопической трансгастральной цистогастростомии при контрастировании полости кисты была выявлена ее связь с ГПП, поэтому вмешательство дополнено эндопротезированием протока.

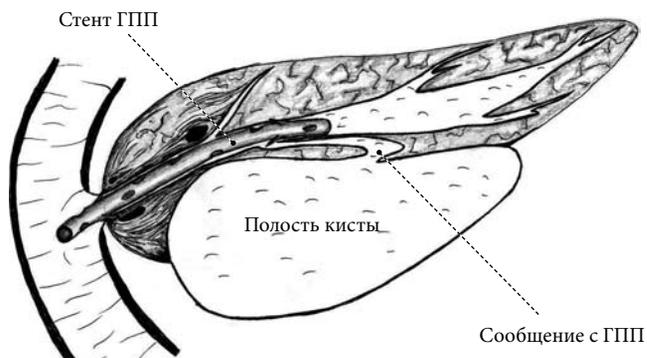


Рис. 1. Схема эндопротезирования ГПП у больного хроническим калькулезным панкреатитом с кистой головки и тела ПЖ.

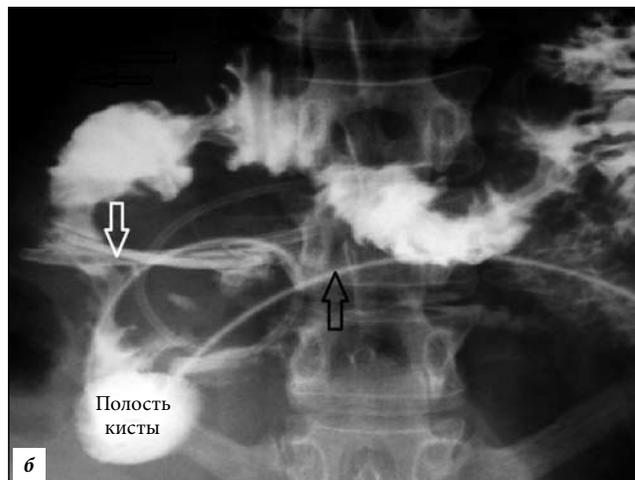


Рис. 2. Цистодуоденостомия:

а – схема вмешательства; б – фистулография: контраст введен через цистоназальный дренаж (черная стрелка), два пластиковых стента установлены в соустье (белая стрелка).

В 1-й группе при контрольной сонографии и компьютерной томографии выявлено полное исчезновение просвета псевдокисты в 9 случаях (75%), в 1 случае больной выписан из стационара с явной положительной динамикой (двукратное уменьшение размеров образования), и в 1 случае через год зарегистрирован рецидив заболевания (в другом лечебном учреждении наложен цистоэнтероанастомоз). Во 2-й группе рецидивов заболевания не отмечено, у 1 больного при выписке выявлен неполный регресс образования (ведется наблюдение), и в 1 случае послеоперационный период осложнился аррозивным кровотечением.

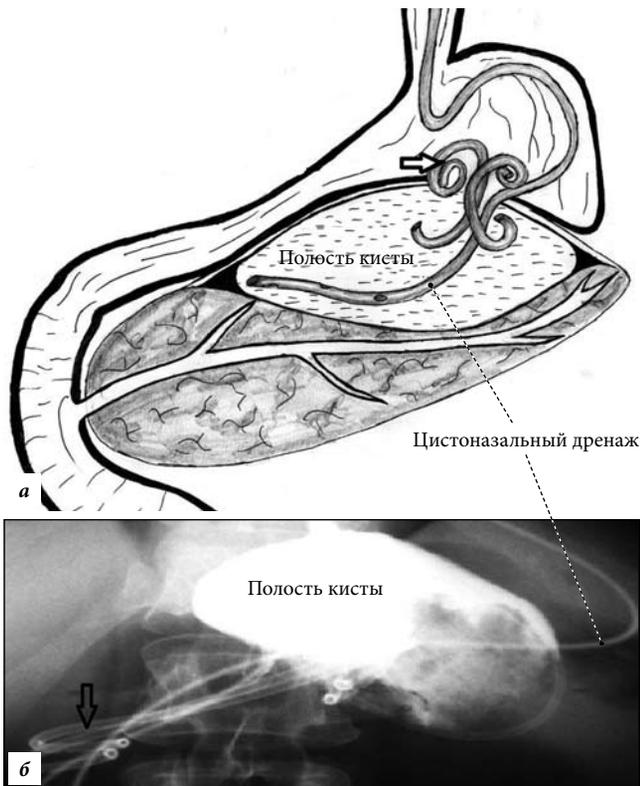


Рис. 3. Цистогастростомия:

а – схема вмешательства; б – фистулография: контраст введен в цистоназальный дренаж, стрелкой указаны стенты rig-tail, установленные в соустье.

В 3-й группе полный регресс псевдокист произошел у 5 больных, у 1 одного пациента при выписке выявлена остаточная полость менее 1 см в диаметре (продолжается наблюдение).

Обсуждение полученных данных. Таким образом, у большей части больных (75 %) с кистозными образованиями поджелудочной железы отмечалась связь протоковой системы с полостью кисты, что в большинстве случаев позволило выполнить транспапиллярные вмешательства в объеме вирсунготомии, эндопротезирования главного панкреатического протока, назопанкреатического и/или цистоназального дренирования. При отсутствии связи псевдокисты и протока может быть выполнена трансмуральная цистогастро- или цистодуоденостомия с последующей установкой стентов в полость псевдокисты и цистоназальным дренированием. Эффективность эндоскопического дренирования подтверждена данными отдаленного наблюдения – от 6 месяцев до 5 лет после вмешательства: в 19 случаях (79,2 %) достигнут полный регресс псевдокист поджелудочной железы.

Эффективность эндоскопических транспапиллярных и трансмуральных вмешательств при постнекротических кистах поджелудочной железы требует дальнейшего изучения, так как данные операции на современном этапе становятся эффективной малоинвазивной альтернативой традиционному хирургическому лечению больных хроническим панкреатитом.

Литература

1. Багненко С.Ф., Курыгин А.А., Рухляда Н.В., Смирнов А.Д. Хронический панкреатит. СПб., 2000. 416 с.
2. Гришин И.Н., Гриц В.Н., Ладодич С.Н. Кисты, свищи поджелудочной железы и их осложнения. Минск, Высшая школа, 2009. 272 с.
3. Дадвани С.А., Лотов А.Н., Мусаев Г.Х., Заводнов В.Я. Отдаленные результаты цистогастро- и цистодуоденостомий под ультразвуковым и эндоскопическим контролем в лечении псевдокист поджелудочной железы // *Анналы хирургической гепатологии*. 1999. Т. 4, № 2. С. 153.
4. Данилов М.В., Федоров В.Д. Хирургия поджелудочной железы. М.: Медицина. 1995. 510 с.
5. Карпачев А.А., Парфенов И.П., Ярош А.Л. Опыт эндоскопического лечения псевдокист поджелудочной железы. // *Український журнал хірургії*. 2009. № 1. С. 58–67.
6. Лотов А.Н., Шкроб О.С., Мусаев Г.Х. и др. Малоинвазивные вмешательства при сформированных псевдокистах поджелудочной железы // *Анналы хирургической гепатологии*. 1997. Т. 2, прил. С. 100.
7. Луценко В.Д., Седов А.П., Парфенов И.П. и др. Эндоскопическое дренирование постнекротических кист поджелудочной железы // *Хирургия*. 2003. № 9. С. 11–13.
8. Мартюв Ю.Б., Васильев О.М., Подолинский С.Г. и др. Способ дуоденостомии у больных хроническим панкреатитом с наличием кисты головки поджелудочной железы и расширенным вирсунговым протоком // *Анналы хирургической гепатологии*. 1999. Т. 4, № 2. С. 167.
9. Apostolou C., Krige J.E.J., Bornman P.C. Pancreatic pseudocysts // *SAJS*. 2006. Vol. 44, No. 4. P. 148–155.
10. Della Libera E., Siqueira E.S. Pancreatic pseudocysts transpapillary and transmural drainage // *HPB Surgery*. 2000. Vol. 11. P. 333–338.
11. Magyar A., Flautner L., Pulay I. et al. Pancreatic pseudocysts associated with chronic pancreatitis—early and late results of 1367 operations // *Acta Chir. Hung.* 1997. Vol. 36, No. 1–4. P. 215–218.
12. Markus M.L., Albrecht S. Deutsches Arzteblatt. Pancreatic Pseudocysts Observation, Endoscopic Drainage, or Resection? // *Dtsch Arztebl. Int.* 2009. Vol. 106, No. 38. P. 614–621.
13. Pavlovsky M., Perejaslov A., Chooklin S., Dovgan Y. Current management of pancreatic pseudocysts // *Hepatogastroenterology*. 1998. Vol. 45, No. 21. P. 846–848.
14. Samir O., Walid O. Endoscopic cystoduodenostomy for pancreatic pseudocysts: a case report // *JRMS*. 2007. Vol. 14, No. 1. P. 50–52.
15. Yunoki Y., Takeuchi H., Yasui Y. et al. Use of disposable stapler in operative cystogastrostomy for pancreatic pseudocyst // *Hepatogastroenterology*. 1999. Vol. 46, No. 30. P. 3271–3273.

Поступила в редакцию 02.03.2011.

POTENTIAL FOR ENDOSCOPIC TREATMENT OF PATIENTS WITH PANCREATIC PSEUDOCYSTS

V.Yu. Malyuga, S.V. Davidova, A.E. Klimov, A.S. Gaboyan, A.A. Kuprin, V.V. Novoselova
Peoples' Friendship University of Russia (8 Miklukho-Maklay St. Moscow 117198 Russia)

Summary – 24 patients with pancreatic pseudocysts have undergone medical treatment at RUDN Intermediate Level Surgery Clinic based at GKB No. 64 (Moscow) from 2006 to 2011. The endoscopic retrograde cholangiopancreatography indicated the cyst was tied to Wirsung's duct in 75 % of cases that necessitated the endoscopic transpapillary interventions. The endoscopic transgastric and transduodenal drainages have been performed, if there were no pseudocysts tied to the pancreatic duct or given the large pseudocysts. There was one post-operative complication, only. The efficiency of applying endoscopic methods has been confirmed by follow-ups lasting from six months to five years. The full regression of cysts occurred in 19 patients. There was one recurrence case.
Key words: pancreatic gland, chronic pancreatitis, pseudocyst, endoscopic drainage.

Pacific Medical Journal, 2011, No. 4, p. 14–16.